Prodi Keperawatan
Semester 04

BAKTI HUSADA

Australia Indonesia Partnership for Health System Strengthening (AIPHSS)

Australian AID

Dokumentasi Keperawatan

Modul 1

Konsep Dasar dan Aspek Legal Etik Dokumentasi Keperawatan

Pusdiklatnakes, Badan PPSDM Kesehatan
Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
2013
Hak cipta © Badan PPSDM Kesehatan, Kemenkes RI, 2013

MODUL

MATA AJAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN

KONSEP DASAR DAN ASPEK LEGAL ETIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Oleh :

YustianaOlfah

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN

Daftar Isi

		Halaman
I.	PENDAHULUAN	7
II.	KEGIATAN BELAJAR	
	Kegiatan Belajar 1.Pengertian,Tujuan dan Prinsip Dokumentasi	8
	A. Tujuan Pembelajaran Umum	8
	B. Tujuan Pembelajaran Khusus	8
	C. Uraian Materi	
	1. Pengertian Dokumentasi	9
	2. Tujuan Dokumentasi	10
	3. Prinsip Dokumentasi	11
	D. Rangkuman	13
	E. Tugas Mandiri	13
	F. Test Formatif	14
	G. Umpan Balik	15
	Kegiatan Belajar 2.Berpikir Kritis,Trend dan Perubahan yang Mempengaruhi Dokumentasi Keperawatan	16
	A. Tujuan Pembelajaran Umum	16
	B. Tujuan Pembelajaran Khusus	16
	C. Uraian Materi	
	1. Definisi Berpikir Kritis	17
	2. Keterampilan Berpikir Kritis	19

3. Trend dan Perubahan yang Berdampak Terhadap Dokumentasi Keperawatan 20

D. Rangkuman 21

E. Tugas Mandiri 22

F. Test Formatif 22

G. Umpan Balik 23

Kegiatan Belajar 3.Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

A. Tujuan Pembelajaran Umum 24

B. Tujuan Pembelajaran Khusus 24

C. Uraian Materi

1. Manfaat Dokumentasi Keperawatan 25

2. Kegunaan Dokumentasi Keperawatan 28

3. Pentingnya Dokumentasi Keperawatan 29

D. Rangkuman 30

E. Tugas Mandiri 31

F. Test Formatif 31

G. Umpan Balik 33

Kegiatan Belajar 4.Implikasi,Legal Etik pada Dokumentasi Keperawatan Serta Strategi Manejemen Resiko 34

A. Tujuan Pembelajaran Umum 34

B. Tujuan Pembelajaran Khusus 34

C. Uraian Materi

1. Implikasi Hukum dan Aspek Legal

Dokumentasi Keperawatan 35

2. Implikasi Etik Dokumentasi Keperawatan 40

3. Strategi Manajemen Resiko 42

D. Rangkuman 44

E. Tugas Mandiri 44

F. Test Formatif 45

G. Umpan Balik 46

III. PENUTUP 47

DAFTAR PUSTAKA

TEST AKHIR MODUL 50

Pendahuluan

Berpikir kritis:

Kemampuan untuk menganalisis fakta, mencetuskan dan menata gagasan, mempertahankan pendapat, membuat perbandingan, menarik kesimpulan, mengevaluasi argument dan memecahkan masalah

Keperawatan:

pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio, psiko, sosio, dan spiritual komprehenshif yang ditujukan kepada individu, kelompok, dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Proses keperawatan:

suatu metode pemecahan masalah klien yang sistematis dan dilaksanakan sesuai dengan kaidah keperawatan

Dokumen:

catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan *(imaging*), dan rekaman elektro diagnostik. Jelas sekali dinyatakan bahwa rekam medik berisikan berkas catatan baik catatan medik (dokter) maupun catatan tenaga kesehatan lain

.

Dokumentasi asuhan keperawatan:

suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan

penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat diper-tanggungjawabkan secara moral dan hukum

Manajemen risiko:

merupakan perilaku dan intervensi proaktif untuk mengurangi kemungkinan ced-era serta kehilangan.

***Misconduct*:**

suatu masalah yang berhubungan dengan profesi

***breafity*:**

suatu dokumen yang ringkas

***legality*:**

suatu dokumen mudah di baca

Kerjasama Interdisipliner:

koordinasi antar/beberapa profesi

Settle concern:

dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelay-anan yang diterima secara hukum

Upaya kesehatan:

setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan,pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Tenaga kesehatan:

setiap orang yang mengabdikan diridalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilanmelalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan

Pendahuluan

Assalamualaikum Wr Wb , Salam Sejahtera untuk kita semua , Selamat berjumpa dalam modul 1. Modul 1 ini merupakan dasar bagi Anda untuk mempelajari modul Dokumentasi Keperawatan berikutnya. Apakah anda sudah siap untuk mempelajarinya? Jika anda sudah siap mulailah untuk mempelajari modul 1 ini yang menguraikan *tentang Konsep Dasar dan Aspek Legal Etik Dokumentasi Keperawatan.*

Setelah Anda menyelesaikan modul 1 ini, anda diharapkan mampu memahami konsep dasar dan aspek legal etik dokumentasi keperawatan sehingga anda dapat melakukan dokumentasi keperawatan yang berkwalitas di semua tatanan. Modul 1 ini terdiri dari 4 kegiatan belajar sebagai berikut:

Kegiatan Belajar1 : Pengertian, Tujuan dan Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar2 : Berpikir kritis , *Trend* &Perubahan yang Mempengaruhi Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar3 : Manfaat dan PentingnyaDokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar 4 : Implikasi Legal dan Etik pada Dokumentasi Keperawatan Serta Strategi Manajemen Risiko

Modul Dokumentasi Keperawatan berisi teoridan praktik laboratorium. Modul 1 membahas teori. Pada setiap kegiatan belajar dilengkapi dengan tujuan pembelajaran yang harus dipahami terlebih dahulu setelah itu dilanjutkan dengan mempelajari materinya demikian juga pada setiap kegiatan belajar anda harus mengerjakan tugas mandiri dan test formatif yang telah disiapkan. Anda dinyatakan berhasil apabila telah menguasai 80% dari penyelesaian tugas-tugas Anda. Setelah itu Anda dapat melanjutkan ke modul berikutnya.

Selamat Belajar

Pengertian, Tujuan, dan Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar I

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari kegiatan belajar 1 ini Anda di-harapkan dapat menjelaskan konsep dasar dokumentasi keperawatan

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam kegiatan belajar 1 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan :

1. Pengertian dokumentasi keperawatan
2. Tujuan dokumentasi keperawatan
3. Prinsip dokumentasi keperawatan

Uraian Materi

Keperawatan adalah pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio, psiko, sosio, dan spiritual komprehen-shif yang ditujukan kepada individu, kelompok, dan masyarakat, baik sakit maupunsehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatanberupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, dan kurangnya kemauan menuju kemampuanmelaksanakan kegiatan sehari-hari.

Pelayanan profesional keperawatan memiliki metodologi yang menjamin tercapainya tujuan dengan optimal dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. Metodologi yang dimaksud adalah proses keperawatan.

Proses keperawatan adalah suatu metode pemecahan masalah klien yang sistematis dan dilaksanakan sesuai dengan kaidah keperawatan. Oleh karena itu, proses keperawatan merupakan inti praktik keperawatan dan sekaligus sebagai isi pokok dokumentasi keperawatan. Dengan demikian, pengelompokan dokumentasi mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu dari pengkajian, diagnosis,perencanaan, tindakan, sampai pada akhirnya evaluasi keperawatan.

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh datayang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral danhukum (Zaidin Ali, 2009). Untuk dapat lebih memahami dokumentasi keperawatan dengan benar maka pelajarilah uraian materi berikut ini :

1.Pengertian

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter dan Perry,2002).

Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik atau semua warkat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna un-

tuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Hidayat,2002).

Dokumentasi merupakan bagian integral proses, bukan sesuatu yang berbeda dari metode *problem solving*. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap klien (Nursalam,2009).

Pengertian lain dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

1) Suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Ali, 2010).

2) Rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dimula idari proses pengkajian, diagnosa, rencanatindakan, tindakan keperawatan dan evaluasi yang dicatat baik berupa elektronik maupun manual serta dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat.

2.Tujuan Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan mempunyai tujuan yang sangat penting dalam bidang keperawatan, di bawah ini anda dapat mempelajari beberapa pendapat mengenai tujuan dokumentasi keperawatan .

MenurutNursalam (2001) tujuan utama dari pendokumentasian adalah:

1) Mengkonfirmasikan data pada semua anggota tim kesehatan.

2) Memberikan bukti untuk tujuan evaluasi asuhan keperawatan.

3) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.

4) Sebagai metode pengembangan ilmu keperawatan

Serri (2010) tujuan dokumentasi keperawatan adalah :

1) Sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan
2) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban perawat kepada klien

3) Menjadi sumber informasi terhadap perlindungan individu
4) Sebagai bukti aplikasi standart praktik keperawatan
5) Sebagai sumber informasi statistik untuk standart dan riset keperawatan
6) Dapat mengurangi biaya informasi terhadap pelayanan kesehatan
7) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukan dalam dokumen keperawatan yang lain sesuai dengan yang dibutuhkan
8) Komunikasi konsep resiko asuhan keperawatan
9) Informasi untuk peserta didik keperawatan
10) Menjaga kerahasiaan informasi klien
11) Sebagai sumber data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Isti (2009) tujuan utama dokumentasi keperawatan adalah :

1) Sebagai sarana komunikasi
2) Sebagai tanggungjawab dan tanggunggugat
3) Sebagai informasi statistik
4) Sebagai sarana pendidikan
5) Sebagai sumber data penelitian
6) Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
7) Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan

Nah, berdasarkan uraian tujuan dokumentasi keperawatan tersebut diatas coba anda analisa dan diskusikan dengan teman sejawat selama ini apakah tujuan anda saat menuliskan dokumentasi keperawatan?

3.Prinsip-prinsip Dokumentasi

Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, *breafity* (ringkas), dan *legality* (mudah dibaca).

Adapun prisip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu :

1) Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan
2) Praktik dokumentasi adalah konsisten

3) Tersedianya format dalam praktik dokumentasi

4) Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung

5) Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin

6) Catatan harus dibuat secara kronologis

7) Penulisan singkatan harus dilakukan secara umum dan seragam

8) Masukan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis

9) Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta

10) Dokumentasi adalah rahasia dan dapat diselamatkan

Selanjutnya Potter dan Perry (1994) memberikan panduan sebagai petunjuk cara mendokumentasikan yang benar, sebagai berikut :

1) Jangan menghapus dengan menggunakan cairan penghapus atau mencoret-coret tulisan yang salah ketika mencatat, karena akan tampak perawat seakan akan menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Adapun cara yang benar adalah dengan membuat garis lurus pada tulisan yang salah, lalu diparaf kemudian ditulis kata yang benar.

2) Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lainnya, karena pernyataan tersebut dapat dipakai sebagai perilaku tidak professional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.

3) Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin.

4) Bila kesalahan tidak segera diperbaiki maka akan diikuti kesalahan tindakan pula.

5) Catatan harus akurat, valid dan reliable. Pastikan yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau pikiran saja.

6) Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat, karena orang lain dapat menambah informasi yang tidak benar pada bagian kosong tersebut.

7) Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.

8) Menulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggunggugat atas informasi yang telah ditulisnya. Jangan menulis untuk orang lain.

9) Hindari penggunaan istilah yang bersifat umum.

10)Memulai dokumentasi dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan, nama jelas

Rangkuman

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut diatas , adapun rangkuman untuk kegiatan belajar 1 adalah sebagai berikut :

a. Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang.
b. Tujuan dokumentasi keperawatan adalah : mengidentifikasi status kesehatan,dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.
c. Prinsip dokumentasi adalah : dokumentasi bagian integral dari pemberian asuhan, konsisten, berdasarkan format, dilakukan oleh yang melakukan tindakan, segera, dibuat secara kronologis, singkatan baku, waktu pelaksanaan jelas, inisial dan paraf serta catatan akurat dan bersifat rahasia.

Tugas Mandiri

Setelah anda selesai mempelajari kegiatan belajar 1 maka kerjakanlah tugas mandiri di bawah ini :

Anda telah selesai mempelajari kegiatan belajar 1 agar dapat lebih memahamitentang materi ini coba anda analisa 5 dokumentasi asuhan keperawatan di tempat anda bekerja apakah telah menerapkan prinsip dokumentasi keperawatan.

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar anda cobalah mengerjakan test formatif di bawah ini ,janganlah melihat bagian umpan balik sebelum anda mengerjakannya sampai selesai agar anda dapat obyektif mengukur keberhasilan belajar anda :

Test Formatif

Petunjuk pilihlah jawaban yang paling tepat :

Tulislah A Jika 1,2 dan 3 benar B Jika 1 dan 3 benar C jika 2 dan 4 benar D jika hanya 4 benar dan E jika semua benar atau berilah tanda silang pada alternatif jawaban yang anda anggap paling benar diantara 5 alternatif jawaban yang tersedia:

1. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan : jawaban...
    1. klien
    2. perawat
    3. tim kesehatan
    4. keluarga
2. Dokumentasi proses keperawatan mencakup : jawaban...
    1. pengkajian
    2. identifikasi masalah,
    3. perencanaan
    4. tindakan
3. Termasuk prinsip dokumentasi keperawatan : jawaban....
    1. konsisten
    2. segera
    3. kronologis
    4. waktu jelas
4. Dokumentasi dapat meningkatkan koordinasi dan kesinambungan pelayanan serta dapat saling melengkapipelayanan, hal tersebut sesuai dengan tujuan dokumentasi pada aspek :
    a. komunikasi
    b. pendidikan
    c. penelitian

d. akreditasi

e. legal

5.Cara yang benar untuk koreksi kesalahan dalam dokumentasi adalah :

a. gunakan cairan penghapus

b. coret dengan garis lurus

c. gunakan karet penghapus

d. sebaiknya dokumen diganti

e. robek bagian yang salah

Umpan Balik

Anda telah mengerjakan tugas mandiri? Dari 5 dokumentasi prinsip apa yang telah diterapkan danapa yang belum?Bagaimana dengan test formatif anda? Coba cek ulang berdasarkan kuncijawaban yang tersedia. Berapa yang benar ?minimal 3 benar jika telah lebih berarti anda telah siap untuk melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya.

Kunci Jawaban test formatif : A, E, E, A DAN B

Berpikir Kritis, Trend, dan Perubahan yang Mempengaruhi Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar II

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari kegiatan belajar 2 ini Anda diharapkan dapat menjelaskan berpikir kritis, issue dan perubahan yang mempengaruhi dokumentasi

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam kegiatan belajar 2 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan :

1. Definisi berpikir kritis
2. Keterampilan berpikir kritis
3. Trend dan perubahan yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan

Uraian Materi

Kebanyakan perawat belajar berpikir kritis melalui aplikasi dengan pengalaman. Pengalaman adalah guru terbaik. Tapi juga penting untuk mengetahui tentang berpikir kritis agar proses dapat diterapkan dengan benar.

Dokumentasi merupakan bagian penting dari proses berpikir kritis untuk perawat. Setiap institusi pelayanan kesehatan menekankan pelaksanaan dokumentasi. Dikatakan, "bahwa jika tidak didokumentasikan, maka tidak dilakukan". Proses keperawatan adalah suatu Proses ilmiah. Dalam penelitian ilmiah, semua hal didokumentasikan. Dalam dokumentasi ini, penelitian bisa melihat ke belakang untuk melihat apakah hasilnya karena intervensi dan apakah intervensi atau tidak berhasil atau harus diubah. Proses dokumentasi membantu perawat mencapai tujuan yang sama.

Dalam kerangka pemikiran kritis dan prosedur dokumentasi yang baik suatu prosedur tindakan dapat dilanjutkan atau dihilangkan, tergantung pada efektivitas nya. Dengan kata lain, apakah prosedur benar-benar meningkatkan, membantu atau membahayakan kesehatan klien. Ini hanyalah salah satu contoh bagaimana proses berpikir kritis digunakan dalam profesi keperawatan. Pendekatan ilmiah menggunakan pemikiran kritis membantu perawat mengembangkan praktek berbasis bukti.

Untuk lebih memahami tentang berpikir kritis secara lebih jelas ikutilah uraian berikut ini :

1. Definisi Berpikir Kritis : terdapat berbagai definisi tentang berpikir kritis silahkan anda simak uraian di bawah ini :

- Berpikir kritis adalah Kemampuan untuk menganalisis fakta, mencetuskan dan menata gagasan, mempertahankan pendapat, membuat perbandingan, menarik kesimpulan, mengevaluasi argumen dan memecahkan masalah (Chance,1986)

- Sebuah proses yang sadar dan sengaja yang digunakan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi dan pengalaman dengan sejumlah sikap reflektif dan kemampuan yang memandu keyakinan dan tindakan (Mertes,1991)

- Proses intelektual yang dengan aktif dan terampil mengkonseptualisasi, menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi informasi yang dikumpulkan atau dihasilkan dari pengamatan, pengalaman, refleksi, penalaran, atau komunikasi, untuk memandu keyakinan dan tindakan (Scriven& Paul, 1992)

- John Dewey (1909) adalah Bapak berfikir kritis modern :

  Disebut juga sebagai *reflective thinking* yaitu pertimbangan yang aktif, persisten, dan hati-hati terhadap suatu pengetahuan atau nilai, berdasar alasan yang mendasarinya dan kesimpulan

Sedangkan menurut American Philosophical Association (AMA, 1990):

"Berpikir kritis merupakan proses yang penuh makna untuk mengarahkan dirinya sendiri dalam membuat suatu keputusan. Proses tersebut memberikan berbagai alasan sebagai pertimbangan dalam menentukan bukti, konteks, konseptualisasi, metode dan kriteria yang sesuai."

Berdasarkan berbagai definisi tersebut di atas maka :

- Berpikirkritistidaksamadenganmengakumulasiinformasi. Seorangdengandayaingatbaikdanmemilikibanyakfaktatidakberartiseorangpemikirkritis

- Seorang pemikir kritis mampu menyimpulkan dari apa yang diketahuinya, dan mengetahui cara memanfaatkan informasi untuk memecahkan masalah, dan mencari sumber-sumber informasi yang relevan untuk dirinya.

- Berpikir kritis tidak sama dengan sikap argumentative atau mengecam orang lain.

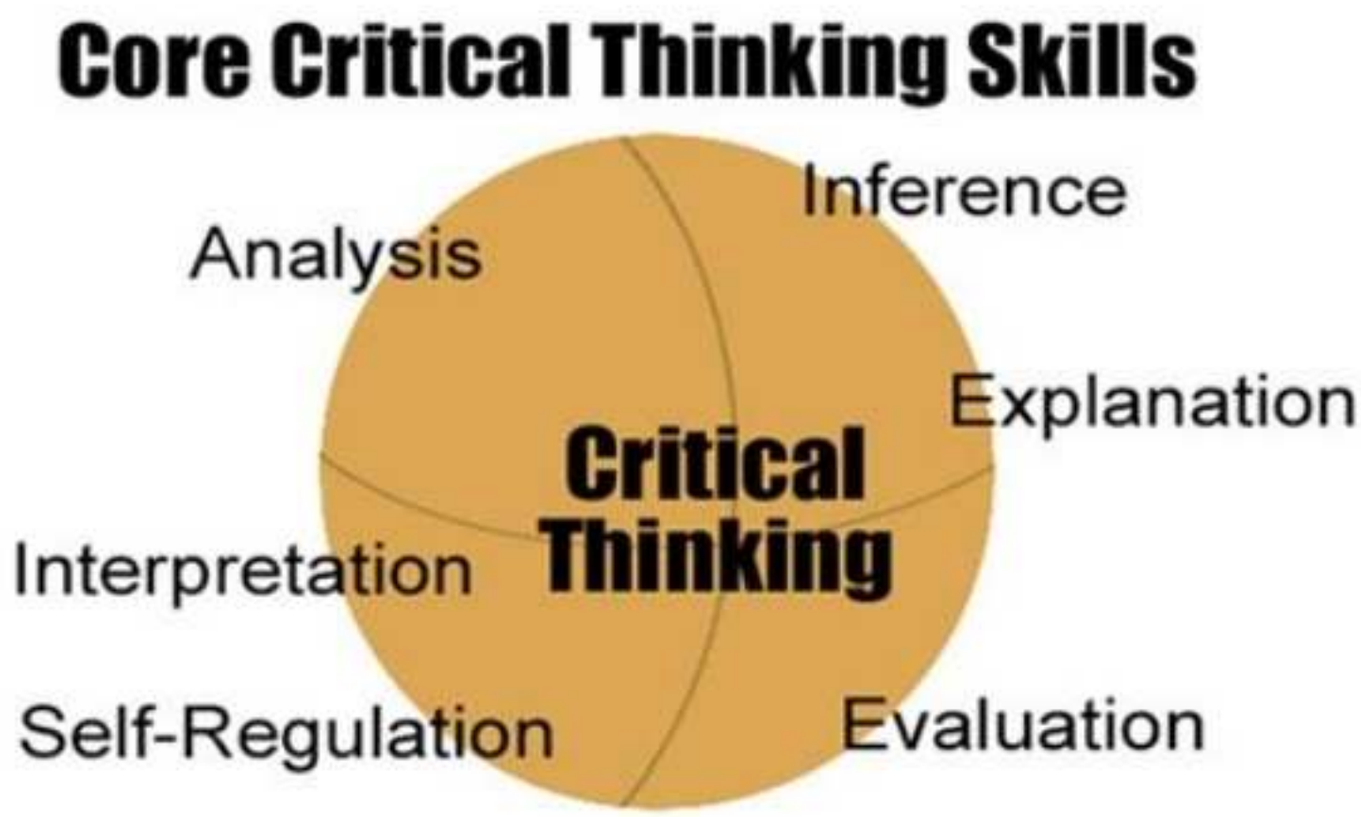
- Berpikir kritis bersifat netral, objektif, tidak bias. Meskipun berpikir kritis dapat digunakan untuk menunjukkan kekeliruan atau alasan-alasan yang buruk, berpikir kritis dapat memainkan peran penting dalam kerjasama menemukan alasan yang benar maupun melakukan tugas konstruktif.

- Pemikir kritis mampu melakukan introspeksi tentang kemungkinan bias dalam alasan yang dikemukakannya.

Setelah anda mempelajari berbagai definisi tentang berpikir kritis sekarang kita akan melanjutkannya dengan keterampilan berpikir kritis :

2. Keterampilan Berpikir Kritis

Perhatikan gambar berikut ini dengan baik :



Gambar 2. Keterampilan inti berpikir kritis

Penjelasan gambar :

- **Interpretasi** – kategorisasi, mengklarifikasi makna
- **Analisis** – memeriksagagasan, mengidentifikasi argumen, menganalisis argumen
- **Evaluasi** – menilai klaim (pernyataan), menilai argumen
- **Inferensi** – mempertanyakan klaim, memikirkan alternatif (misalnya, differential diagnosis), menarik kesimpulan, memecahkan masalah, mengambil keputusan
- **Penjelasan** – menyatakan masalah, menyatakan hasil, mengemukakan kebenaran prosedur, mengemukakan argumen
- **Regulasidiri** – menelit idiri, mengoreksi diri

Berdasarkan gambar tersebut dapat anda lihat bahwa pada saat per-

awat berpikir kritis terdapat berbagai keterampilan yang dimilikinya diterapkan selama proses berlangsung.

Di bawah ini akan kita uraikan tentang ketrampilan berpikir kritis

- Memahami hubungan-hubungan logis antar gagasan
- Mengidentifikasi, mengkontruksi, danmengevaluasi argumen
- Mendeteksi inkonsistensi dan kesalahan umum dalam pemberian alasan
- Memecahkan masalah secara sistematis
- Mengidentifikasi relevansi dan kepentingan gagasan
- Merefleksikan kebenaran keyakinan dan nilai-nilai diri sendiri

Mengapa kita harus berpikir kritis : Berpikir kritis memungkinkan anda memanfaatkan potensi anda dalam melihat masalah, memecahkan masalah, menciptakan, dan menyadari diri

3. Trend dan Perubahan yang Berdampak terhadap Dokumentasi

Terdapat berbagai perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu dalam perkembangan keperawatan di bawah ini akan kita uraikan berbagai perubahan yang terjadi dan berdampak terhadap dokumentasi .Isti (2009) :

1. Praktik keperawatan : perubahan yang terjadi pada sistem pelayanan kesehatan di Indonesia membawa perubahan terhadap praktik keperawatan profesional yang berdampak terhadap kegiatan pencatatan keperawatan
2. Lingkup keperawatan : lingkup praktik keperawatan yang berdampak terhadap dokumentasi antara lain :persyaratan akreditasi, peraturan pemerintah, perubahan sistem pendidikan keperawatan, meningkatnya masalah klien yang semakin kompleks serta meningkatnya praktik keperawatan mandiri dan kolaborasi yang membawa dampak semakin lengkap dan tajam sebagi manifestasi bukti dasar lingkup wewenang dan pertanggungjawaban
3. Data statistik keperawatan
4. Intensitas pelayanan keperawatan dan kondisi penyakit
5. Ketrampilan keperawatan

6. Konsumen
7. Biaya
8. Kualitas asuransi dan audit keperawatan
9. Akreditasi kontrol
10. Coding dan klasifikasi : pada waktu dulu klasifikasi pasien didasarkan pada diagnosa medis, pelayanan klinik atau tipe pelayanan, saat ini dalam keperawatan pasien diklasifikasikan berdasarkan DRG/Diagnosa Related Group.
11. Prosfektif sistem pembayaran
12. Risiko tindakan : manajemen resiko adalah pengukuran keselamatan pasien untuk melindungi perawat dari tindakan kelalaian. Manajemen resiko ditekankan pada keadaan klien yang mempunyai resiko terjadinya perlukaan atau kecacatan. Pencatatan yang paling penting meliputi catatan tentang kejadian, perintah verbal dan non verbal,k informed concent dan catatan penolakan klien terhadap tindakan.

Rangkuman

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut diatas , adapun rangkuman untuk kegiatan belajar 2 adalah sebagai berikut :

1. Berpikir kritis disebut juga sebagai *reflective thinking* yaitu pertimbangan yang aktif, persisten, dan hati-hati terhadap suatu pengetahuan atau nilai, berdasar alasan yang mendasarinya dan kesimpulan

2. Ketrampilan berpikir kritis : Memahami hubungan-hubungan logis antar gagasan, mengidentifikasi, mengkontruksi, dan mengevaluasi argument, mendeteksi inkonsistensi dan kesalahan umum dalam pemberian alasan,memecahkan masalah secara sistematis,mengidentifikasi relevansi dan kepentingan gagasan,merefleksikan kebenaran keyakinan dan nilai-nilai diri sendiri

3.Trend dan perubahan yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan : Praktik keperawatan, lingkup keperawatan, data statistik keperawatan, intensitas pelayanan keperawatan dan kondisi penyakit, ketrampilan keperawatan, konsumen, biaya, kualitas asuransi dan audit keperawatan, akreditasi kontrol, coding dan klasifikasi, prosfektif sistem pembayaran, risiko tindakan.

Tugas Mandiri

Setelah anda selesai mempelajari kegiatan belajar 2 maka kerjakanlah tugas mandiri di bawah ini :

Silahkan anda analisa apakah ada perubahan dokumentasi keperawatan selama anda bekerja di institusi pelayanan kesehatan?hal apakah yang mendasari perubahan tersebut?

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar anda cobalah mengerjakan test formatif di bawah ini ,janganlah melihat bagian umpan balik sebelum anda mengerjakannya sampai selesai agar anda dapat obyektif mengukur keberhasilan belajar anda :

Tes Formatif

Petunjuk pilihlah jawaban yang paling tepat :

Tulislah A Jika 1,2 dan 3 benar B Jika 1 dan 3 benar C jika 2 dan 4 benar D jika hanya 4 benar dan E jika semua benar atau berilah tanda silang pada alternatif jawaban yang anda anggap paling benar diantara 5 alternatif jawaban yang tersedia :

1. Berpikir kritis adalah kemampuan untuk : .....
   1.menganalisis fakta
   2.mencetuskan gagasan
   3.menarik kesimpulan
   4.memecahkan masalah
2. Termasuk keterampilan berpikir kritis pada aspek regulasi diri :
   1.meneliti diri
   2.menilai argumen
   3.mengoreksi diri
   4.kategorisasi

3. Termasuk keterampilan berpikir kritis pada aspek inferensi :
    1.memikirkan alternatif
    2.menarik kesimpulan
    3.mengambil keputusan
    4.memeriksa gagasan
4. Trend yang berdampak terhadap perubahan dokumentasi :
    1.konsumen
    2.biaya
    3.akreditasi
    4.coding
5. Berpikir kritis sama dengan :
    a.argumentatif
    b.reflective thinking
    c.daya ingat baik
    d.mengakumulasi informatif
    e.konstruktif

Umpan Balik

Anda telah mengerjakan tugas mandiri? Menurut anda trend apakah yang mempengaruhi perubahan dokumentasi keperawatan di institusi pelayanan kesehatan tempat anda bekerja? Bagaimana dengan test formatif anda? Coba cek ulang berdasarkan kunci jawaban yang tersedia. Berapa yang benar ? minimal 3 benar jika telah lebih berarti anda telah siap untuk melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya.

Kunci Jawaban test formatif : E,B,A,E dan B

Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan Belajar III

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari kegiatan belajar 3 ini Anda diharapkan dapat menjelaskan manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan.

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam kegiatan belajar 3 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan :

1. Manfaat dokumentasi keperawatan
2. Kegunaan dokumentasi keperawatan
3. Pentingnya dokumentasi keperawatan

Uraian Materi

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Zaidin Ali, 2009) .Dokumentasi keperawatan bukan hanya sebagai persyaratan untuk akreditasi, tetapi juga merupakan catatan permanen tentang apayang terjadi pada klien. Dokumentasi ini juga merupakan persyaratan legal dalam setiap lingkungan pelayanan kesehatan, dimana dengan banyaknya gugatan dan sorotan malpraktik agresif dalam masyarakat, semua aspek rekam medis penting untuk pencatatan legal. Untuk lebih dapat memahami manfaat dan pentingnya penyimpanan dokumentasi keperawatan pelajarilah dengan cermat uraian materi berikut ini.

1. Manfaat Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting bisa dilihat dari berbagai aspek (Nursalam,2009), antara lain :

1) Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (*misconduct*) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, di mana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu, data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

2) Kualitas pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah da-

pat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.

3) Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat "perekam" terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien.

5) Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

6) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan tingkat lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu kualitas pelayanan juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

Menurut Isti(2009) Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan

1) Hukum : dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadi-

lan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditanda tangani oleh perawat pelaksana, tanggal dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

2) Jaminan mutu : dengan pencatatan yang lengkap dan akurat akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

3) Komunikasi : dokumentasi keperawatan merupakan perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien yang bisa dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan

4) Keuangan : sebagai pertimbangan biaya perawatan

5) Pendidikan

6) Penelitian

7) Akreditasi : melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat.

Sedangkan menurut Serri (2010) Manfaat dokumentasi keperawatan adalah :

1) Bernilai hukum yaitu : dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai bukti dalam persoalan yang berhubungan dengan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien yang bersangkutan

2) Kualitas pelayanan yaitu : memberi kemudahan dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan sehingga tercapai pelayanan kesehatan yang berkualitas

3) Sebagai alat komunikasi yaitu sebagai alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien

4) Terhadap keuangan yaitu sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya perawatan terhadap klien

5) Terhadap pendidikan yaitu sebagai bahan atau referensi pembelajaran

6) Terhadap penelitian : sebagai bahan atau objek riset dalam pengembangan profesi keperawatan

7) Untuk akreditasi sebagai acuan untuk mengetahui sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien

2 .Kegunaan Dokumentasi

Dokumentasi dapat menjadi bukti dari persoalan hukum sehingga dokumentasi ini mempunyai banyak kegunaan baik yang berkaitan dengan masalah klien sehingga bentuk pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan perawat secara professional. Dokumentasi keperawatan mempunyai beberapa kegunaan bagi perawat dan klien (Hidayat,2002), antara lain :

1) Sebagai alat komunikasi . Dokumentasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang terkoordinasi dengan baik akan menghindari atau mencegah informasi yang berulang. Kesalahan juga akan berkurang sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Di samping itu, komunikasi juga dapat dilakukan secara efektif dan efisien.

2) Sebagai mekanisme pertanggunggugatan

Standar dokumentasi memuat aturan atau ketentuan tentang pelaksanaan pendokumentasian. Kualitas kebenaran standar pendokumentasian akan mudah dipertanggungjawabkan dan dapat digunakan sebagai perlindungan atas gugatan karena sudah memiliki standar hukum.

3) Metode pengumpulan data

Dokumentasi dapat digunakan untuk melihat data-data pasien tentang kemajuan atau perkembangan dari pasien secara objektif dan mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi. Dokumentasi dapat digunakan juga sebagai bahan penelitian, karena data-datanya otentik dan dapat dibuktikan kebenarannya. Selain itu, dokumentasi dapat digunakan sebagai data statistik.

4) Sarana pelayanan keperawatan secara individual

Tujuan ini merupakan integrasi dan berbagai aspek klien tentang kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan yang meliputi kebutuhan biologi, psikologi, sosial, dan spiritual sehingga individu dapat merasakan manfaat dari pelayanan keperawatan.

5) Sarana evaluasi

Hasil akhir dari asuhan keperawatan yang telah didokumentasikan adalah evaluasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

6) Sarana meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan

Melalui dokumentasi, tenaga dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan tenaga kesehatan akan saling berkerjasama dalam memberikan tindakan yang berhubungan dengan klien. Karena hanya lewat bukti-bukti otentik dari tindakan yang telah dilaksanakan, kegiatan tersebut berjalan secara professional.

7) Sarana pendidikan lanjutan

Bukti yang telah ada menuntut adanya sistem pendidikan yang lebih baik dan terarah sesuai dengan program yang diinginkan klien. Khusus bagi tenaga perawat, bukti tersebut dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pendidikan lanjutan tentang layanan keperawatan.

8) Digunakan sebagai audit pelayanan keperawatan

Dokumentasi berguna untuk memantau kualitas layanan keperawatan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

3.PENTINGNYA DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Dalam Patricia(2005) Responsibilitas dan akontabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting dibuatnya dokumentasi yang akurat. Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggungjawab perawat untuk perawatan pasien. Catatan klinis memfasilitasi pemberian perawatan, meningkatkan kontiunitas perawatan, dan membantu mengkoordinasikan pengobatan dan evaluasi klien.

American Nurses Association menekankan peran dokumentasi dengan pernyataan sebagai berikut : perawat bertanggungjawab untuk mengumpulkan data dan mengkaji status kesehatan klien , menentukan rencana asuhan keperawatan yang ditujukan untuk mencapai tujuan perawatan, mengevaluasi efektivitas asuhan keperawatan dalam mencapai tujuan perawatan dan mengkaji ulang serta merevisi kembali rencana asuhan keperawatan.

Salah satu fungsi profesional perawat adalah mengevaluasi respon pasien terhadap asuhan keperawatan. Perawat profesional bertanggungjawab untuk menatalaksanakan masalah pasien yang bertambah kompleks dan mengkoordinasikan perawatan pasien ke berbagai tingkat tenaga kesehatan. Dokumentasi harus dengan jelaa mengkomunikasikan penilaian dan evaluasi perawat terhadap status pasien. Kemampuan perawat untuk membuat perubahan dalam hasil yang didapat harus ditunjukan dalam praktik dan dalam pencatatan.

Salah satu tugas dan tanggung jawab perawat adalah melakukan pendokumentasian mengenai intervensi yang telah dilakukan, akan tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi sudah berubah, akibatnya isi dan fokus dokumentasi telah di modifikasi.

Oleh kerena perubahan tersebut maka perawat perlu menyusun suatau model dokumentasi baru yang lebih efisien dan lebih bermakna dalam pencatatan dan penyimpanan.

Maka pendokumentasian itu sangat penting bagi perawat karena sebagai dasar hukum tindakan keperawatan yang sudah di lakukan jika suatu saat nanti ada tuntutan dari pasien.

Rangkuman

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut diatas , adapun rangkuman untuk kegiatan belajar 3 adalah sebagai berikut :

1.Manfaat dokumentasi keperawatan : bernilai hukum, kualitas pelayanan, alat komunikasi,keuangan,pendidikan,penelitian dan akreditasi.

2.Kegunaan dokumentasi :komunikasi,pertanggunggugatan,metode pengumpulan data,sarana pelayanan keperawatan individual,sarana evaluasi,kerjasama antar tim kesehatan,sarana pendidikan lanjut dan audit pelayanan keperawatan

3.Pentingnya dokumentas :responsibilitas dan akontabilitas profesional,dasar hukum tindakan keperawatan

Tugas Mandiri

Setelah anda selesai mempelajari kegiatan belajar 3 maka kerjakanlah tugas mandiri di bawah ini :

Diskusikanlah dengan rekan kerja anda selama anda bekerja di institusi pelayanan kesehatan berdasarkan berbagai manfaat dan kegunaan dari dokumentasi keperawatan tersebut diatas bagian manakah yang pernah anda rasakan secara langsung? Berikan contoh konkritnya.

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar anda cobalah mengerjakan test formatif di bawah ini ,janganlah melihat bagian umpan balik sebelum anda mengerjakannya sampai selesai agar anda dapat obyektif mengukur keberhasilan belajar anda :

Tes Formatif

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar anda cobalah mengerjakan test formatif di bawah ini :

Petunjuk pilihlah jawaban yang paling tepat :

Berilah tanda silang pada alternatif jawaban yang anda anggap paling benar diantara 5 alternatif jawaban yang tersedia:

1. Untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu:

A. akreditasi

B. komunikasi

C. kualitas pelayanan

D. pendidikan

E. hukum

2. Dalam dokumentasi keperawatan data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah dengan demikian dokumentasi akan bernilai :

A. Hukum

B. akreditasi

C. Pendidikan

D. Komunikasi

E. penelitian

3. Pada dokumentasi keperawatan terdapat adanya integrasi dan berbagai aspek klien tentang kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan yang meliputi kebutuhan biologi, psikologi, sosial, dan spiritual,hal ini menunjukan kegunaan :

A. Penelitian

B. Pendidikan

C. Keuangan

D. sarana pelayanan individual

E. Sarana komunikasi

4. Dengan dokumentasi keperawatan dapat dilihat peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ,sehingga menjadi bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir, hal ini menunjukan manfaat dokumentasi untuk :

A. akreditasi

B. penelitian

C. pendidikan

D. komunikasi

E. jaminan mutu

5. Alasan penting dibuatnya dokumentasi keperawatan yang akurat adalah menunjukan :

   A. responsibilitas

   B. metode akurat

   C. akreditasi

   D. peraturan

   E. pendidikan

Umpan Balik

Anda telah mengerjakan tugas mandiri? Menurut anda apakah manfaat dari dokumentasi keperawatan di institusi pelayanan kesehatan tempat anda bekerja? Bagaimana dengan test formatif anda? Coba cek ulang berdasarkan kunci jawaban yang tersedia. Berapa yang benar ?minimal 3 benar jika telah lebih berarti anda telah siap untuk melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya.

Kunci Jawaban test formatif : C,A,D,A dan A

Implikasi, Legal dan Etik Pada Dokumentasi Keperawatan serta Strategi Manajemen Resiko

Kegiatan Belajar IV

Tujuan Pembelajaran Umum
Tujuan Pembelajaran Khusus

TUJUAN
Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari kegiatan belajar 4 ini Anda diharapkan dapat menjelaskan implikasi legal etik dokumentasi keperawatan.

TUJUAN
Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam kegiatan belajar 4 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan :

1. Implikasi hukum dan aspek legal dokumentasi keperawatan
2. Aspek etik dokumentasi keperawatan
3. Strategi Manajemen Resiko

Uraian Materi

Salah satu tugas dan tanggungung jawab perawat adalah melakukan pen-dokumentasian. Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan proses pendokumentasian adalah kegiatan mencatat atau merekam peristiwa baik dari objek maupun pem-beri jasa yang dianggap penting atau berharga

Tanpa adanya dokumentasi yang jelas dan benar, kegiatan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat tidak dapat dipertanggungjawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan perbaikan status klien. Do-kumentasi dapat dijadikan sarana komunikasi antara petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan klien. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap petunjuk terhadap teknik pencatatan yang sistematis dan mudah diterapkan, agar tercapai catatan keperawatan yang akurat dan informasi yang bermanfaat. Agar anda lebih bisa memahami tentang doku-mentasi keperawatan terkait dengan implikasi dan legal etik pelajarilah dengan baik uraian berikut ini :

1. IMPLIKASI HUKUM DAN ASPEK LEGAL DOKUMENTASI

Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi sangat diperlukan untuk dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Maka pendokumentasian itu sangat penting bagi perawat karena sebagai dasar hukum tindakan keperawatan yang sudah di lakukan jika suatu saat nanti ada tuntutan dari pasien.

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status keseha-tan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan serta respons pasen terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Disamping

itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggungjawabkan.

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar. Dengan demikian pemahaman dan ketrampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu hal yang mutlak bagi setiap tenaga keperawatan agar mampu membuat dokumentasi keperawatan secara baik dan benar.

Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan settle concern, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum

Dalam undang-undang Kesehatan RI No.36 tahun 2009 Tentang Kesehatan pada BAB 1 Ketentuan Umum pasal 1 tercantum : Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan,pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diridalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilanmelalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Makna yang dapat diambil dandipahami dari ketentuan umum yang tercantum dalam undang-undang tersebut diatas adalah bahwa dalam melakukan tugasdan kewenangannya seorang perawat harus dapat membuat keputusan model asuhan keperawatan yang akan dilakukan, proses

tersebut dilakukan berdasarkan ilmu pengetahuan keperawatan yang dimiliki oleh perawat, kemampuan tata kelola masalah yang dimiliki oleh perawat dan kewenangan yang melekat pada profesi keperawatan. Rangkaian proses tatalaksana masalah keperawatan tersebutdigambarkan dalam suatu lingkaran tidak terputus yang terdiri dari mengumpulkandata, memproses data, umpan balik, tentunya untuk dapat menunjang terlaksananya seluruh kegiatan diatasdiperlukan upaya pencatatan dan pendokumentasian yang baik.

Berdasarkan uraian tersebut perawat adalah salah satu bagian dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimilikinya berperan dalam pemeliharaan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Dalam pelaksanaantugas profesi keperawatan diperlukan berbagai data kesehatan klien sebagai dasar dari penentuan keputusan model asuhan keperawatan yang akan diberikan, olehkarenanya sangat diperlukan suatu proses pendokumentasian yang berisikan data dasar keperawatan, hasil pemeriksaan atau assesment keperawatan, analisa keperawatan, perencanaan,pelaksanaan, evaluasi tindak lanjut keperawatan.

Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per III/2008, dalam Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 dinyatakan bahwarekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitaspasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Tenaga kesehatan tertentu adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien selain dokter dan dokter gigi. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan *(imaging*), dan rekaman elektro diagnostik. Jelas sekali dinyatakan bahwa rekam medik berisikan berkas catatan baik catatan medik (dokter) maupun catatan tenaga kesehatan lain yang berarti termasuk perawat dan atau catatan petugas kesehatan lain yang berkolaborasi melakukan upaya pelayanan kesehatan dimaksud. Berdasarkan hal diatas serta melihat padatanggung jawab atas tugas profesi dengan segala risiko tanggung gugatnya dihadapan hukum, maka dokumentasi keperawatan memang benar diakuieksistensinya dan keabsahannya serta mempunyai kedudukan yang setara dengan dokumen medik lain. Dengan demikian dapat dipahami bahwa Undang-undang dan Permenkes yang berisikan tentang kewajiban tenaga kesehatan untuk mendokumentasikan hasil kerjanya didalam rekam kesehatan juga berlaku untuk profesi keperawatan.

Dokumentasi keperawatan dapat menjadi alat bukti hukum yang sangat penting,

kebiasaan membuat dokumentasi yang baik tidak hanya mencerminkan kualitas mutu keperawatan tetapi juga membuktikan pertanggunggugatan setiapanggota tim keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Beberapa aturan pencatatan yang perlu diikuti agar dokumentasi keperawatan yang dibuatsesuai dengan standar hukum diantaranya :

1. Dokumentasi keperawatan yang dibuat memenuhi dan memahami dasar hukum terhadap kemungkinan tuntutan malpraktek keperawatan.

2. Catatan keperawatan memberikan informasi kondisi pasien secara tepatmeliputi proses keperawatan yang diberikan, evaluasi berkala danmencerminkan kewaspadaan terhadap perburukan keadaan klien.

3. Memiliki catatan singkat komunikasi perawat dengan dokter dan intervensiperawatan yang telah dilakukan

4. Memperhatikan fakta-fakta secara tepat dan akurat mengenai penerapanproses keperawatan. Data tersebut mencakup anamnesis kesehatan, pengkajian data, diagnosis keperawatan, menentukan tujuan dan kriteriahasil, membuat rencana tindakan keparawatan, melaksanakan tindakankeperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, membubuhkantanda tangan dan nama terang perawat yang melaksanakan, membuatcatatan keperawatan, membuat resume keperawatan serta catatan pulangatau meninggal dunia.

5. Selalu memperhatikan situasi perawatan pasien dan mencatat secara rincimasalah kesehatan pasien terutama pada pasien yang memiliki masalahyang kompleks atau penyakit yang serius.

Dalam melakukan tugasnya perawat menempati posisi terdepan dari SistemPelayanan Kesehatan di Ruang Rawat Inap karena perawatlah yang secara terusmenerus selama 24 jam memantau perkembangan pasien dari sudutbiopsikososiokultural & spiritual. Dengan demikian peningkatan mutu pelayanankesehatan serta keberhasilan pelayanan di rumah sakit sangat bergantung padakeberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit tersebut. Mudahdipahami bila proses asuhan keperawatan tidak dilaksanakan dengan baik akanmenyebabkan mutu pelayanan keperawatan menjadi kurang baik pula dan dengandemikian mutu pelayanan kesehatan rumah sakit secara keseluruhan menjadi tidakmemuaskan klien. Agar mempunyai nilai hu-

kum maka penulisan suatu dokumentasikeperawatan sangat dianjurkan untuk memenuhi standar profesi, kelengkapan dankejelasan mutlak disyaratkan dalam penulisan dokumen keperawatan, bila salahsatu kriteria belum terpenuhi maka dokumentasi tersebut belum bisa dianggapsempurna secara hukum, beberapa upaya yang dapat dilakukan agar dokumentasikeperawatan yang dibuat dapat memenuhi persyaratan diatas yaitu:

1. Segeralah mencatat sesaat setelah selesai melaksanakan suatu asuhankeperawatan.

2. Mulailah mencatat dokumentasi dengan waktu (tanggal, bulan, tahun)pada keadaan tertentu diperlukan pula penulisan waktu yang lebih detil(jam dan menit) serta diakhiri dengan tanda tangan dan nama jelas.

3. Catatlah fakta yang aktual dan berkaitan.

4. Catatan haruslah jelas, ditulis dengan tinta dalam bahasa yang lugas dandapat dibaca dengan mudah.

5. Periksa kembali catatan dan koreksilah kesalahan sesegera mungkin.

6. Buatlah salinan untuk diri sendiri karena perawat harus bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.

7. Jangan menghapus atau menutup tulisan yang salah dengan cairan penghapus atau apapun, akan tetapi buatlah satu garis mendatar pada bagian tengah tulisan yang salah, tulis kata salah´ lalu diparaf kemudian tuliscatatan yang benar disebelahnya atau diatasnya agar terlihat sebagaipengganti tulisan yang salah.

8. jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien ataupun tenagakesehatan lain. Tulislah hanya uraian obyektif perilaku klien dan tindakanyang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

9. Hindari penulisan yang bersifat umum, diplomatis dan tidak terarah, akantetapi tulislah dengan lengkap, singkat, padat dan obyektif.

10. Bila terdapat pesanan ataupun instruksi yang meragukan berilah catatan /tulisan : perlu klarifikasi

11. Jangan biarkan pada catatan akhir perawat kosong, tutuplah kalimatdengan suatu

tanda baca atau titik yang jelas yang menandakan bahwakalimat tersebut telah berakhir.

Terdapat beberapa situasi yang memiliki kecenderungan dapat menyebabkan proses tuntutan hukum dalam pemberian asuhan keperawatanyaitu:

1. Kesalahan dalam administrasi pengobatan / salah memberi obat
2. Kelemahan dalam supervisi diagnosis
3. Asisten dalam tindakan bedah lalai dalam mengevaluasiperalatan operasi maupun bahan habis pakai yang digunakan (kasa steril)
4. Akibat kelalaian menyebabkan klien terancam perlukaan
5. Penghentian obat oleh perawat
6. Tidak memperhatikan teknik a dan antiseptik yang semestinya
7. Tidak mengikuti standar operasional prosedur yang seharusnya

Dengan makin meningkatnya kebutuhan dan keinginan masyarakat untukmendapatkan pelayanan keperawatan yang baik, aman dan bermutu, maka sudahmenjadi keharusan bagi profesi perawat untuk lebih maju, lebih berhati-hati, lebihmengerti kemungkinan munculnya tuntutan hukum dan lebih profesional dalammenjalankan tugasnya.

2. Implikasi Etik Dokumentasi

Menurut Aziz (2002) Pelaksanaan etik dalam dokumentasi keperawatan ada tiga hal yang perlu diperhatikan :

1) Pandangan etik dokumentasi keperawatan .Artinya asuhan keperawatan pasien ditujukan untuk seluruh proses kehidupan dan keadaan. Perawatan sangat kompleks dan etis seperti bagaimana menimbulkan kepercayaan kepada pasien, penentuan kematian, instruksi resusitasi tidak perlu dilakukan termasuk obat-obat pendukung dalam memberikan dukungan keluarga bagi pasien yang menghadapi kematian. Proses dokumentasi akan menjawab per-

tanyaan secara jelas. Informasi yang akurat akan membantu dalam pemecahan masalah yang membutuhkan dokumentasi yang objektif dalam situasi apapun.

2) Menjaga kerahasiaan (privasi pasien)Hal ini dilakukan dalam praktik perawatan, Pencatatan tentang pelayanan kesehatan merupakan suatu jaminan kerahasiaan dan keakuratan asuhan keperawatan. Perawat berperan penting dalam menjaga kerahasiaan dan keamanan pencatatan kesehatan pasien. Dalam penyiapan pencatatan harus berhati hati karena kegiatan tersebut dijadikan jaminan kepercayaan. Kegiatan tersebut antara lain mengeluarkan informasi data pasien,nama pasien, alamat, tanggal masuk dan data klinis.

3) Moral perjanjian; merupakan suatu pertimbangan etik yang digunakan dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan. Yang termasuk dalam moral perjanjian adalah etik perizinan yang mencakup; perizinan yang tak lansung seperti pengambilan darah, perizinan langsung seperti pasien dengan kemauannya sendiri datang ke rumah sakit dan perizinan yang perlu pemberitahuan seperti pasien perlu membuat keputusan yang rasional sebelum menentukan keputusan , pasien perlu tindakan harus ada penjelasan terlebih dahulu.

Sedangkan menurut Serri (2010) :

Hal hal yang perlu diperhatikan dalam perizinan atau perjanjian yang sesuai dengan standart dokumentasi keperawatan adalah ;

1) Surat perjanjian yang telah diterima harus diarsipkan pada tempat yang tepat untuk menghindari hal yang tidak diinginkan. Surat perjanjian harus mencantumkan tanggal waktu prosedur, tanda tangan yang lengkap dan jelas serta beberapa format yang memuat atau mencatat sejumlah adanya allergi sesuai keadaan pasien saat itu.

2) Jika persetujuan diberikan secara lisan maka fakta harus disaksikan dan dicatat oleh dokter dan perawat serta harus ada saksi lain. Dapat juga berupa rekaman.

3) Catatan perkembangan pasien harus memuat pernyataan tentang penjelasan yang telah diberikan, termasuk media apa yang digunakan, tanggal dan waktu surat perjanjian tersebut ditandatangani.

3.Strategi Manajemen Resiko

Manajemen risiko merupakan perilaku dan intervensi proaktif untuk mengurangi kemungkinan cedera serta kehilangan. Dalam perawatan kesehatan, manajemen risiko bertujuan untuk mencegah cedera pada pasien dan menghindari tindakan yang merugikan profesi. Asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan sistem pelaksanaannya yang aman, merupakan kunci bagi manajemen risiko yang efektif dalam keperawatan kedaruratan. Mayoritas cedera pada pasien dapat ditelusuri sampai kepada ketidaksempurnaan sistem yang dapat menjadi penyebab primer cedera atau yang membuat perawat melakukan kesalahan sehingga terjadi cedera pada pasien. Begitu terjadi cedera, manajemen risiko harus memfokuskan perhatiannya pada upaya mengurangi akibat cedera tersebut untuk memperkecil kemungkinan diambilnya tindakan hukum terhadap petugas.

Tugas dan pelanggaran diukur oleh standar perawatan. Standar perawatan menurut hukum merupakan derajat perawatan yang harus diwujudkan oleh seorang perawat yang cukup bijaksana dalam kondisi yang sama atau serupa. "Derajat perawatan" mengharuskan pembandingan perilaku perawat yang nyata dengan standar pelaksanaan profesi (seperti standar yang diterbitkan oleh Emergency Nurses Association). Selain itu, kebijakan rumah sakit, prosedur dan protokol pelaksanaan di samping pelbagai standar yang ditetapkan oleh organisasi akreditisasi, seperti Joint Commission of Healthcare Hospital Organization (JCAHO) digunakan untuk menjangkau derajat perawatan yang dipersyaratkan. Di pengadilan, saksi perawat ahli akan menyampaikan kesaksiannya sebagai bukti derajat keperawatan yang seharusnya diwujudkan oleh seorang perawat yang bijaksana dalam situasi atau keadaan ketika perawat yang dituntut oleh hukum mewujudkan derajat tersebut dalam pekerjaannya.

Berdasarkan uraian di atas dan mengingat kembali kegiatan belajar sebelumnya tentang tujuan dan manfaat dokumentasi keperawatan tentu anda akan mengambil kesimpulan bahwa dokumentasi keperawatan akan sangat berperan dalam menghadapi tindakan hukum terhadap petugas dan dokumentasi keperawatan adalah bagian dari manajemen resiko.

Coba perhatikan berbagai risiko yang dihadapi dalam ruang perawatan di bawah ini :

· Tidak dipasangnya side-rail
· Bel pasien tidak berfungsi
· Bel pintu masuk berbunyi tidak ada yang peduli
· Selang waktu antara panggilan pasien/bel dgn datangnya perawat lama
· Tabung oksigen kosong
· Kunjungan diluar jam besuk
· Brandkar tidak bertabung O2 atau tidak ber-hek
· Pemberian obat tidak menerapkan prinsip-prinsip pemberian obat yang benar
· Kurang perhatian tehadap laporan penunggu pasien atau tenaga penunjang
· Pemberian transfusi

Sasaran/tujuan manajemen risiko:

· Mengidentifikasi berbagai variabel kualitas asuhan yg. membahayakan
· Mengkoreksi atau meminimalkan sehingga mencegah terjadinya masalah

Langkah-langkah proses manajemen risiko:

1. Menentukan tujuan yang ingin dicapai
2. Mengidentifikasi risiko-risiko yang dihadapi atau terjadinya kerugian (paling sulit tapi penting)
3. Menentukan besarnya risiko atau kerugian:

· Frekuensi kejadian
· Besarnya akibat dari kerugian tsb. thdp. keuangan (kegawatannya)
· Kemampuan meramalkan besarnya kerugian yang jelas akan timbul

4. Mencari cara penanggulangan yang paling baik, tepat dan ekonomis
5. Mengkoordinir dan melaksanakan keputusan untuk penanggulangan
6. Mencatat, memonitor, dan mengevaluasi langkah-langkah yang ditempuh

Agar program penanggulangan risiko berlangsung efektif:

· Telaah scr berkala: apakah ada perubahan, dampak terhadap kerugian/bahaya dan upaya penanggulangannya yg menyangkut biaya, program keselamatan, pencegahan kerugian, dsb.
· Dokumentasi kerugian hrs selalu diperiksa untuk mengetahui perkembangan

Rangkuman

a. Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat diharuskan mencatat dan mendokumentasikan segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien.

b. upaya yang dapat dilakukan agar dokumentasikeperawatan yang dibuat dapat memenuhi persyaratan secara hukum : segera catat, tuliskan waktu, tulisan jelas, terapkan prinsip dokumentasi serta memiliki salinan.

c. Dokumentasi keperawatan adalah bagian dari strategi managemen resiko sebagai bentuk pertanggungjawaban yang dapat dijadikan bukti di pengadilan.

Tugas Mandiri

Anda telah mempelajari tentang implikasi dan aspek legal dokumentasi coba anda diskusikan dengan rekan perawat tempat anda bekerja pernahkah ada kejadian tuntutan dari klien sehubungan dengan asuhan keperawatan yang telah dilakukan?Apakah peranan dokumentasi keperawatan dalam menghadapi masalah tersebut?

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar anda cobalah mengerjakan test formatif di bawah ini ,janganlah melihat bagian umpan balik sebelum anda mengerjakannya sampai selesai agar anda dapat obyektif mengukur keberhasilan belajar anda :

Tes Formatif

Petunjuk pilihlah jawaban yang paling tepat :

A Jika 1,2 dan 3 benar B Jika 1 dan 3 benar C jika 2 dan 4 benar D jika hanya 4 benar dan E jika semua benar atau berilah tanda silang pada alternatif jawaban yang anda anggap paling benar diantara 5 alternatif jawaban yang tersedia

1. Penulisan dokumentasi bersifat :
   A. Umum
   B. Diplomatis
   C. Tidak terarah
   D. Obyektif
   E. subyektif
2. Situasi yang dapat menyebabkan proses hukum :
   A. Bel tidak berfungsi
   B. Kunjungan diluar jam
   C. Kurang perhatian
   D. Pemberian transfusi
   E. Tidak mengikuti SOP
3. Dokumentasi yang memenuhi persyaratan :
   1. Aktual dan berkaitan
   2. Jelas dan terbaca
   3. Segera catat
   4. Buat salinan

4. Pelaksanaan etik dalam dokumentasi keperawatan :
    1. Data laboratorium
    2. Akurat
    3. Biodata lengkap
    4. Rahasia
5. Jika persetujuan pasien secara lisan maka agar memenuhi standart dokumentasi harus :
    1. Saksi dokter
    2. Saksi perawat
    3. Saksi lain
    4. Dicatat

Umpan Balik

Anda telah mengerjakan tugas mandiri? Dari 5 dokumentasi prinsip apa yang telah diterapkan dan apa yang belum? Bagaimana dengan test formatif anda? Coba cek ulang berdasarkan kunci jawaban yang tersedia. Berapa yang benar ?minimal 3 benar jika telah lebih berarti anda telah siap untuk melanjutkan pada kegiatan belajar berikutnya.

Kunci Jawaban : D, E, E, C DAN E

Penutup

Selamat, anda telah berhasil menyelesaikan modul 1 ini dengan baik.

Modul ini merupakan bagian dari mata ajar Dokumentasi Keperawatan yang menguraikan tentang Konsep dasar dan Aspek Legal Etik dari Dokumentasi Keperawatan . Pembelajaran ini sangat mendasar dalam memahami modul berikutnya dan mengembangkan kemampuan anda sebagai perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkwalitas terhadap klien. Modul ini mengajak anda untuk memahami bagaimana seorang perawat mengerti tentang dokumentasi keperawatan yang akan menjadi dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang telah anda pelajari.

Untuk mengukur keberhasilan anda dalam mempelajari modul ini, mintalah kepada pembimbing anda umpan balik. Dengan demikian selesailah tugas anda dan anda dapat melanjutkan ke modul berikutnya.

Selamat atas keberhasilan anda.

Daftar Pustaka

Allen. (1998). *Memahami Proses keperawatan*. Jakarta: EGC.

Ali, Z. (2002). *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta Widya Medika.

Ali, Z. (2009*). Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan. Jakarta*: EGC.

Carpenito, L. J.(1999). *Rencana Asuhan keperawatan dan Dokumentasi*

keperawatan. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Chabeli,M.M (2007) Facilitating Critical Thinking Within The Nursing Process Frame Work : A literatur Review.Health Sa Gesondheid

Dokumentation Standart. Philadelpia: FA davis company USA.

Fiscbach,et. All.(2001). *Dokumenting Care Comunication the Process and Dokumentation*

Gaffar, L. O. (1999). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.

Hidayat.(2004). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba.

Hidayat, A, A.(2002). *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. EGC. Jakarta

Isti Hanyaningsih (2009).Dokumentasi Keperawatan Panduan,Konsep dan Aplikasi.Jogyakarta;Mitra Cendikia

Nursalam.(2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*.

Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2009). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Medika. Jakarta.

Patricia, W. L. Nancy, H.C. (2005). *Dokumentasi Keperawatan Suatu Pendekatan*

Proses Keperawatan.Edisi 3. Jakarta: EGC.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 TentangRekam Medis

Potter, P. A. dan Perry, A. G.(2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep dan Praktik*,,Jakarta EGC

Russel Swanburg Pengantar Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan Untuk Perawat Klinis .Jakarta EGC

Serri Hutahaean (2010).Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan.Jakarta : Trans Info Media

Undang –undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Tes Akhir Modul

Yang Terhormat Mahasiswa PJJ Keperawatan Kementrian Kesehatan ,untuk dapat mengukur keberhasilan belajara nada dalam menguasi modul 1 Mata Ajar Dokumentasi Keperawatan maka kerjakan lah test akhir modul ini setelah anda mempelajari kembali modul tersebut kemudian hubungilah tutor anda agar anda mendapatkan naskah test akhir modul ini.

Kerjakanlah secara mandiri,tidak perlu membuka catatan ataupun modul terkait agar anda betul-betul mampu mengukur keberhasilan anda. Sebelum mengerjakan berdoalah dulu sesuai agama dan kepercayaan yang anda anut. Bacalah dan pahamilah soal kemudian anda menentukan jawaban sesuai dengan petunjuk soal. Jika anda dinyatakan lulus berarti anda telah siap untuk mempelajari modul berikutnya.

Akhir kata selamat mengerjakan semoga sukses.

Petunjuk pilihlah jawaban yang paling tepat :

Tulislah A Jika 1,2 dan 3 benar B Jika 1 dan 3 benar C jika 2 dan 4 benar D jika hanya 4 benar dan E jika semua benar atau berilah tanda silang pada alternatif jawaban yang anda anggap paling benar diantara 5 alternatif jawaban yang tersedia :

1. Keperawatan berbentuk pelayanan :
   1.bio
   2.psiko
   3.sosial
   4.spiritual
2. Pengelompokan dokumentasi keperawatan meliputi :
   1.pengkajian
   2.perencanaan
   3.tindakan
   4.evaluasi
3. Dokumentasi adalah segala sesuatu yang :
   1.tertulis
   2.tersimpan
   3.tercetak
   4.terbukti
4. Dokumentasi asuhan keperawatan berisi data tentang :
   1.keadaan pasien
   2.tingkat kesakitan
   3.kualitas layanan
   4.kuantitas layanan
5. Tujuan dokumentasi keperawatan :
   1.bukti kualitas
   Bukti legal
   3.bukti aplikasi standar
   4.sumber informasi

6. Prinsip dalam dokumentasi keperawatan :
   1.konsisten
   2.tersedia format
   3.dibuat segera
   4.kronologis
7. Cara mendokumentasikan yang benar :
   1.koreksi segera
   2.penulisan fakta
   3.ditulis tinta
   4.tuliskan komentar
8. Cara yang benar untuk koreksi kesalahan pada dokumentasi :
   1.buat garis lurus
   2.paraf
   3.tulis yang benar
   4.cairan penghapus
9. Hal yang tidak diperlukan dalam dokumentasi keperawatan :
   1.terbaca jelas
   2.penggunaan istilah umum
   3.tertera waktu
   4.penggunaan pensil
10. Berpikir kritis adalah kemampuan :
   1.menganalisis data
   2.mencetuskan gagasan
   3.mempertahankan pendapat
   4.menarik kesimpulan
11. Berpikir kritis sama dengan :
   1.akumulasi informasi
   2.netral
   3.argumentatif
   4.obyektif

12. Keterampilan inti berpikir kritis :
    1.analysis
    2.explaniation
    3.inference
    4.evaluation
13. Pada tahap interpretasi dalam berpikir kritis terjadi :
    1.evaluasi
    2.kategorisasi
    3.inference
    4.klarifikasi
14. Pada tahap analisis dalam berpikir kritis terjadi :
    1.memeriksa gagasan
    2.penjelasan
    3.identifikasi argumen
    4.kategorisasi
15. Perubahan yang berdampak terhadap dokumentasi keperawatan :
    1.raktik keperawatan
    2.lingkup keperawatan
    3.keterampilan keperawatan
    4.konsumen
16. Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting pada aspek :
    1.hukum
    2.publikasi
    3.kualitas pelayanan
    4.integritas
17. Kegunaan dokumentasi keperawatan :
    1.alat komunikasi
    2.mekanisme pertanggunggugatan
    3.metode pengumpulan data
    4.sarana kerjasana

18. Alasan pentingnya dokumentasi keperawatan :
    1.responsibilitas
    2.profesi
    3.akontabilitas
    4.tugas
19. Dokumentasi keperawatan yang sesuai dengan standar hukum :
    1.berisi informasi yang tepat
    2.catatan singkat
    3.fakta tepat akurat
    4.dapat diakses
20. Hal yang dapat menyebabkan proses tuntutan hukum :
    1.kesalahan obat
    2.kelemahan supervisi
    3.kelalaian
    4.ketidakdisiplinan
21. Etik dalam dokumentasi :
    1.moral perjanjian
    2.menjaga kerahasiaan
    3.akontabilitas
    4.responsibilitas
22. Jika terdapat persetujuan lisan :
    1.disaksikan
    2.dicatat
    3.direkam
    4.dividio
23. Langkah proses manajemen resiko :
    1.tentukan tujuan
    2.identifikasi resiko
    3.cari penanggulangan
    4.catat langkah

24. Catatan keperawatan berisi tentang :

    1.proses keperawatan

    2.evaluasi berkala

    3.mencerminkan keadaan

    4.singkat padat

25. Metodologi pelayanan keperawatan profesional adalah :

    1.dokumentasi keperawatan

    2.berpikir kritis

    3.manajemen resiko

    4.Proses keperawatan

Kunci Jawaban

1. E
2. E
3. B
4. E
5. E
6. E
7. A
8. A
9. C
10. E
11. B
12. E
13. C
14. B
15. E
16. B
17. E
18. B
19. A
20. A
21. B
22. A
23. E
24. E
25. D